

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
PADA Ny. S.Q. DENGAN ACCUTE LUNG OEDEMA (ALO) ATAU
EDEMA PARU DI RUANGAN ICCU
RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



MERY MARGINY

PO.530320116363

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Ny. S.Q. DENGAN ACCUTE
LUNG OEDEMA (ALO) ATAU EDEMA PARU DI RUANGAN ICCU
RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG”**



MERY MARGINY

PO.530320116363

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Mery Marginy

NIM : PO.530320116363

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Poltekkes Kementerian Kesehatan Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 19 Juli 2019

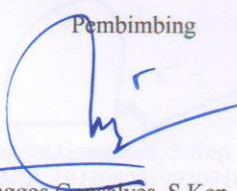
Pembuat Pernyataan



Mery Marginy
NIM . PO.530320116363

Mengetahui

Pembimbing



Domingos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 197108061992031001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah oleh Mery Marginy dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. S.Q Yang Menderita Accute Lung Oedema (ALO) Di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 25 Juli 2019.

Dewan Penguji

Penguji I

Ns. Yoana Maria V. B. Atv, S. Kep, M.Kep.
NIP: 19790805200112 2 001

Penguji II

Domingos Gonsalves, Ns, M.Sc
NIP : 19710806199203 1 001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP : 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Mery Marginy NIM PO.530320116363 dengan judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.S.Q Yang Menderita Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru Di Ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

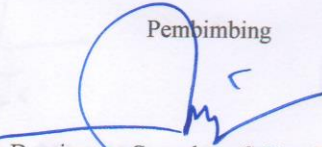
Disusun Oleh :



Mery Marginy
NIM. PO.530320116363

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 19 Juli 2019

Pembimbing



Domingos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 197108061992031001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. S.Q Dengan Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru Di Ruang ICU RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak dengan caranya masing-masing, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Pak Dominngos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi, serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Ns.Yoani M.V.B.Aty,S.Kep.,M.Kep dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini
3. Bapak Dr.Floretianus Tat,SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H.Kristina,SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Seluruh Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
6. Kepala Ruang ICU yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Ruang ICU.
7. Bapak Dony S. Punga dan anak - anak yang selalu mendukung dan mempercayakan saya untuk bisa menggapai cita-cita saya di Poltekkes kemenkes Kupang.
8. Untuk semua keluarga di Kupang yang sudah mendukung saya dan mendoakan saya.
9. Kepada teman-teman angkatan 25 tingkat III A dan III B, terutama Kelas Karyawan yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 3 tahun bersama di keperawatan Poltekkes Kupang.
10. Untuk teman kelompok UAP yaitu : Claudino Pereira,dan Indah Bule Logo yang telah berjuang bersama penulis dalam pembuatan studi kasus.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Laporan studi kasus ini.

Kupang, 19 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian Tulisan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembara Pengesahan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Lampiran	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	3
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3. Manfaat Penelitian	3
BAB 2 TINJAUAN TEORI	
2.1. Konsep Teori Accute Lung Oedema (ALO)	5
2.1.1. Defenisi	5
2.1.2. Etiologi	5
2.1.3. Klasifikasi	7
2.1.4. Manifestasi Klinik	9
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	10
2.1.6. Patofisiologi.....	12
2.1.7. Penatalaksanaan.....	12
2.1.8. Komplikasi.....	13
2.1.9. Pencegahan.....	13
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	14
2.2.1. Pengkajian Keperawatan	14
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	21
2.2.3. Intervensi Keperawatan	22

BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

31. Hasil Studi Kasus	25
3.1.1 Pengkajian	25
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	28
3.1.3 Intervensi Keperawatan	28
3.1.4 Implementasi	31
3.1.5 Evaluasi	35
3.2. Pembahasan	36
3.2.1. Pengkajian	37
3.2.2. Diagnosa Keperawatan	37
3.2.3 Intervensi Keperawatan	38
3.2.4. Implementasi Keperawatan	40
3.2.5. Evaluasi	41
3.3. Keterbatasan Studi Kasus	42

BAB 4 PENUTUP

4.1. Kesimpulan	43
4.2. Saran	44
DAFTAR PUSTAKA.....	44
Daftar Lampiran	viii

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Konsultasi.....	45
2. Foto Pasien Yang Sedang Ditensi	46
3. Lampiran Asuhan Keperawatan	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah.

Acut Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru merupakan kondisi dimana cairan terakumulasi di dalam paru - paru dan terjadi secara mendadak, biasanya diakibatkan oleh ventrikel kiri jantung yang tidak memompa. (A.Sudoyo,200). *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru merupakan suatu keadaan terkumpulnya cairan patologi di ekstrasvaskuler dalam paru (Muttaqin. A,2008)

Bertambahnya cairan dalam ruang didalam pembuluh darah paru - paru disebut *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru Akut. *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru Akut merupakan komplikasi yang biasa dari penyakit jantung dan kebanyakan kasus dari kondisi ini di hubungkan dengan kegagalan jantung. *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru Akut dapat menjadi kondisi kronik atau dapat berkembang dengan tiba - tiba dan dengan cepat menjadi ancaman hidup. Tipe yang mengancam hidup dari *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru menjadi ketika sejumlah besar cairan tiba - tiba berpindah dari pembuluh darah paru ke dalam paru, di karenakan masalah paru, serangan jantung, trauma dan bahan kimia toksik. Ini juga menjadi tanda awal dari penyakit Jantung Koroner.

Menurut penelitian Adhity Indra Pradhana pada tahun 2009 bertujuan untuk mengetahui *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru sebagai faktor resiko kematian maternal pada preeklamsi berat atau eklamsia. Penelitian tersebut di lakukan di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Dr Moewardi Surakarta, hasil prevalensi terjadinya *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru sebesar 10 % dan prevalensi kematian maternal yang diakibatkannya sebesar 72,7%.

Acute Lung Odema (ALO) atau Edema Paru adala kondisi dimana cairan terakumulasi di dalam paru - paru, biasaya diakibatkan oleh ventrikel kiri jantung yang tidak memompa secara adekuat. Di Ruang ICCU (Intensive Coronary Care Unit) RSUD W.Z Johannes Kupang terdapat jumlah kasus *Acute Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru tahun 2017 terdapat 20 kasus, tahun 2018 terdapat 22 kasus, dan sampai Juli 2019 terdapat 12 kasus.

Faktor penyebab *Acut Lung Oedema* atau Edema Paru adalah Usia, riwayat penyakit Jantung, Riwayat penyakit paru - paru,dan merokok. Namun juga dapat terjadi tanpa gangguan jantung, Jantung berfungsi untuk memompa darah ke seluruh tubuh dari

bagian rongga jantung yang disebut Ventrikel kiri. Ventrikel kiri mendapat darah dari paru - paru, yang merupakan tempat pengisian oksigen kedalam darah untuk kemudian disalurkan keseluruh tubuh. Darah dari paru - paru, sebelum mencapai ventrikel kiri, akan melewati bagian rongga jantung lainnya, yaitu atrium kiri. *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru yang disebabkan oleh gangguan Jantung terjadi akibat ventrikel kiri tidak mampu memompa masuk darah dalam jumlah cukup, sehingga tekanan didalam atrium kiri, serta pembuluh darah diparu - paru meningkat. Peningkatan tekanan ini kemudian menyebabkan terdorongnya cairan melalui pembuluh darah kedalam alveoli.

Sehubungan dengan prevalensi kejadian *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat *Acut Lung Oedema* (ALO) maka peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan pasien. Peran perawat di ruang ICCU dalam menangani pasien dengan *Acut Lung Oedema* (ALO) sangat penting karena sangat berpengaruh terhadap kematian pasien, peran perawat di Ruang ICCU RSUD. Prof Dr. W. Z. Johannes kupang sangat berhasil dibuktikan dengan tidak ada angka kematian pasien *Acut Lung Oedema* (ALO) di ruang ICCU dalam 3 bulan terakhir ini.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

1.2.2 .Tujuan Khusus

Penulis mampu :

- 1 Melakukan pengkajian pada Ny.S.Q dengan *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru
- 2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.S.Q dengan *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru
- 3 Menentukan intervensi keperawatan pada Ny.S.Q dengan *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru
- 4 Melakukan implementasi pada Ny.S.Q dengan *Acut Lung Oedema* (ALO) atau Edema Paru

- 5 Melakukan evaluasi pada Ny.S.Q dengan Acut Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi RSUD. Prof.Dr. W Z Johannes Kupang

Diharapkan agar dapat memberikan sumbangan pemikiran dan acuan kepada para perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada pasien Accute Lung Oedema (ALO) ata Edema Paru

1.3.2 Bagi Poltekkes Kemenkes Kupang

Diharapkan agar dapat menjadi informasi yang berguna untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan serta sebagai bahan pemikiran dan acuan bagi mahasiswa dalam memberikan Asuhan Keperawatan tentang Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru dimasa yang akan datang.

1.3.3 Bagi Mahasiswa

Sebagai penerapan Asuhan keperawatan yang didapat dibangku kuliah dan mengaplikasinya di lapangan yang kemudian berguna dan bermanfaat serta dapat menambahkan wawasan dan pengetahuan, dan dapat dikembangkan pada hari - hari mendatang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

- a) Accute Lung Oedema (ALO) Edema paru adalah penumpukan abnormal cairan didalam paru-paru baik dalam spasmus interstitial atau dalam alveoli. (Baughman.D. C 2000)
- b) Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema paru merupakan penyebab utama timbulnya gagal pernafasan. Edema pulmo awalnya akibat dari perubahan fisiologis tekanan daslam paru-paru dan jantung. (J.Reeves, dkk. 2001)
- c) Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru merupakan suatu keadaan terkumpulnya cairan patologi di ekstrasvaskuler dalam paru. (Muttaqin. A,2008)
- d) Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru adalah akumulai cairan diparu yang terjadi secara mendadak. (W.Sudoyo,2006)

2.1.2 Etiologi

- 1) Ketidakseimbangan starling Forces :
 - a) Peningkatan Tekanan Kapiler Paru
 - Peningkatan tekanan vena paru tanpa adanya gangguan fungsi ventrikel kiri (stenosis mitral).
 - Peningkatan tekanan vena paru sekunder oleh karena gangguan fungsi ventrikel kiri.
 - Peningkatan tekanan kapiler paru sekunder oleh karena peningkatan tekanan arteria pulmonali (Over Perfusion Pulmonary Edema)
 - b) Penurunan Tekanan Onkotik Plasma

Hipoalbuminemia sekunder oleh karena penyakit ginjal, hati, protein losing enteropaday, penyakit dermatologi atau penyakit nutrisi
 - c) Peningkatan Tekanan Negatif Intertitial.
 - Pengambilan terlalu cepat pneumotorak atau efusi pleura.
 - Tekanan pleura yang sangat negative oleh karena obstruksi saluran napas akut bersamaan dengan peningkatan end-expiratory volume (asma)
 - d) Peningkatan Tekanan Onkotik Interstitial

Sampai sekarang belum ada contoh secara percobaan maupun klinik

- 2) Perubahan permeabilitas membran alveolar kapiler (Adult Respiratory Distress Syndrome)
 - a) Pneumonia (bakteri, virus, parasit)
 - b) Bahan toksik inhalan (phosgene, ozone, chlorine, NO₂)
 - c) Bahan asing dalam sirkulasi (bisa ular, endotoksin bakteri, alloxan, alphanaphthyl thiourea)
 - d) Aspirasi asam lambung
 - e) Pneumonitis radiasi akut
 - f) Bahan vasoaktif endogen (histamin, kinin)
 - g) Disseminated Intravascular coagulation
 - h) Immunologi : pneumonitis hipersensitif, obat nitrofurantoin, leukoagglutinin.
 - i) Shock Lung oleh karena trauma diluar toraks
 - j) Pankeatitis Perdarahan Akut
- 3) Insufisiensi Limfatik
 - a) Post Lung Transplant
 - b) Lymphangitic Carcinomatosis
 - c) Fibrosing Lymphangitis (silicosis)
- 4) Tak diketahui / tak Jelas
 - a) High Altitude pulmonary Edema
 - b) Neurologic Pulmonary Edema
 - c) Narcotic overdose
 - d) Pulmonary Embolism
 - e) Eclampsia
 - f) Post cardioversion
 - g) Post Anesthesia
 - h) Post Cardiopulmonary Bypass

2.1.3 Klasifikasi

Berdasarkan penyebabnya, terjadinya Acute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru dibagi menjadi 2, yaitu : Kardiogenik dan Non Kardiogenik. Hal ini penting diketahui oleh karena pengobatannya sangat berbeda.

1. Acute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru Kardiogenik
 - a. Penyakit Pada Arteri Koronata

Yang menyuplai darah ke jantung dapat menyempit Karena adanya deposit lemak (Plaques). Serangan jantung terjadi jika berbentuk gumpalan darah pada arteri dan menghambat aliran darah serta merusak otot jantung yang disuplai oleh arteri tersebut. Akibatnya, otot jantung yang mengalami gangguan tidak mampu memompa darah lagi seperti biasa.

b. Kardiomiopati

Penyebab terjadinya kardiomiopati sendiri masih idiopatik. Menurut beberapa ahli diyakini penyebab terbentuknya kardiomiopati dapat disebabkan oleh infeksi pada miokard jantung (Miokarditis), Penyalagunaan alkohol dan efek racun dari obat - obatan seperti kokain dan obat kemoterapi. Kardiomiopati menyebabkan ventrikel kiri menjadi lemah sehingga tidak mampu mengkompensasi suatu keadaan dimana kebutuhan jantung memompa darah lebih berat pada keadaan infeksi. Apabila ventrikel kiri tidak mampu mengkompensasi beban tersebut, maka darah akan kembali ke paru - paru. Hal inilah yang akan mengakibatkan cairan menumpuk di paru - paru.

c. Gangguan Katup Jantung

Pada kasus gangguan katup mitral atau aorta, katup yang berfungsi untuk mengatur aliran darah tidak mampu membuka secara adekuat (stenosis) atau tidak mampu menutup dengan sempurna (insufisiensi). Hal ini menyebabkan darah mengalir kembali melalui katup menuju paru - paru.

d. Hipertensi

Hipertensi tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya penebalan pada otot ventrikel kiri dan dapat disertai dengan penyakit arteri koronaria.

2. Akute Lung Oedema (ALO) atau Edem Paru Non Kardiogenik

Edema yang umumnya disebabkan oleh hal - hal berikut :

- a. Gagal Ginjal dan ketidakmampuan untuk mengeluarkan cairan dari tubuh dapat menyebabkan penumpukan cairan dalam pembuluh - pembuluh darah, berakibat Pada pulmonary edema. Pada orang - orang dengan gagal ginjal yang telah lanjut, dialysis mungkin perlu untuk mengeluarkan kelebihan cairan tubuh
- b. Kondisi yang berpotensi serius yang disebabkan oleh infeksi - infeksi yang parah, trauma, luka paru, penghirupan racun - racun, infeksi - infeksi paru, merokok kokain, atau radiasi pada paru - paru

- c. Paru yang mengembang secara cepat dapat adakalanya menyebabkan expansion pulmonary edema. Ini terjadi pada kasus - kasus ketika paru menipis (pneumothorax) atau jumlah yang besar dari cairan sekeliling paru (pleural effusion) dikeluarkan, berakibat pada ekspansi yang cepat dari paru. Ini dapat berakibat pada pulmonary edema hanya pada sisi yang terpengaruh (Unilateral Pulmonary Edema)
- d. Jarang, overdosis pada heroin atau methadone dapat menjurus pada pulmonary edema. Overdosis Aspirin tinggi yang kronis dapat menjurus pada Aspirin Intoxication, terutama pada kaum tua, yang mungkin menyebabkan pulmonary edema.
- e. Acute Respiratory Distress Syndrom (ARDS)
 Pada ARDS, integritas alveoli menjadi terkompromi sebagai akibat dari respon peradangan yang mendasarinya, dan ini meneruskan pada alveoli yang bocor yang dapat dipenuhi dengan cairan dari pembuluh - pembuluh darah.
- f. Trauma Otak
 Perdarahan dalam otak (intracranial hemorrhage), seizure - seizure yang parah, atau operasi otak dapat adakalanya berakibat pada akumulasi cairan di paru - paru, menyebabkan Neurologic Pulmonary Edema

2.1.4 Manifestasi Klinis

a) Menurut Baughman. C 2000

- 1) Serangan khas terjadi pada malam hari setelah berbaring selama beberapa jam dan biasanya didahului dengan rasa gelisah, ansietas, dan tidak dapat tidur
- 2) Awitan sesak nafas mendadak dan rasa asfiksia (seperti kehabisan nafas), tangan menjadi dingin dan basah, bantalan kuku menjadi sianotis, dan warna kulit menjadi abu-abu.
- 3) Nadi cepat dan lemah, vena leher distensi
- 4) Batuk hebat menyebabkan peningkatan jumlah sputum mukoid.
- 5) Dengan makin berkembangnya edema paru, ansietas berkembang menjadi mendekati panic, pasien mulai bingung, kemudian stupor.
- 6) Napas menjadi bising dan basah, dapat mengalami asfiksia oleh cairan bersemu darah dan berbusa (dapat tenggelam oleh cairan sendiri)

b) Menurut Brunner & Suddarth 2014

Manifestasi Klinis ALO atau Edema Paru secara spesifik juga dibagi dalam 3 stadium yaitu :

a. Stadium 1

Adanya distensi dan pembuluh darah kecil paru yang prominen akan memperbaiki pertukaran gas di paru dan sedikit meningkatkan kapasitas difusi gas CO. Keluhan pada stadium ini mungkin hanya berupa adanya sesak nafas saat bekerja. Pemeriksaan fisik juga tak jelas menemukan kelainan, kecuali mungkin adanya ronchi pada saat inspirasi karena terbukanya saluran nafas yang tertutup saat inspirasi.

b. Stadium 2

Pada stadium ini terjadi edem paru interstisial. Batas pembuluh darah paru menjadi kabur, demikian pula hilus juga menjadi kabur dan septa interlobularis menebal (garis Kerley B). Adanya penumpukan cairan di jaringan kendor interstisial, akan lebih memperkecil saluran nafas kecil, terutama di daerah basal oleh karena pengaruh gravitasi. Mungkin pula terjadi refleks bronkhokonstriksi. Sering terdengar takipnea. Meskipun hal ini merupakan tanda gangguan fungsi ventrikel kiri, tetapi takipnea juga membantu memompakan aliran limfe sehingga penumpukan cairan interstisial diperlambat. Pada pemeriksaan spirometri hanya terdapat sedikit perubahan saja.

c. Stadium 3

Pada stadium ini terjadi edem alveolar. Pertukaran gas sangat terganggu, terjadi hipoksemia dan hipokapsia. Penderita nampak sesak sekali dengan batuk berbuih kemerahan. Kapasitas vital dan volume paru yang lain turun dengan nyata.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Fisik

- Sianosis sentral: sesak napas bunyi napas seperti mucus berbuih
- Ronchi basah nyaring di basal paru kemudian memenuhi hampir seluruh lapangan paru, kadang disertai ronchi kering dan ekspirasi yang memanjang akibat bronkospasme sehingga disebut sebagai asma kardial
- Takikardia dengan S3 gallop
- Murmur bila ada kelainan katup

b) Elektrokardiografi

Bisa sinus takikardi dengan hipertropi atrium kiri atau fibrilasi atrium, tergantung penyebab gagal jantung. Gambaran infark, hipertrofi ventrikel kiri atau aritmia bisa ditemukan

c) Laboratorium

- Analisa gas darah pO₂ rendah, pCO₂ mula - mula rendah dan kemudian hiperkapnia
- Enzim Kardiospesifik meningkat jika penyebabnya infark miokard
- Darah rutin, ureum, kreatinin, elektrolit, urinalisis, foto thoraks, EKG, enzim jantung (CK – MB, Troponin T), angiografi koroner. Foto thoraks Pulmonary edema secara khas didiagnosa dengan X-ray dada yang normal terdiri dari area putih terputih yang menyinggung jantung dan pembuluh - pembuluh darah utamanya plus tulang - tulang dari vertebral column, dengan bidang - bidang paru yang menunjukkan sebagai bidang - bidang yang lebih gelap pada setiap sisi yang dikelilingi oleh struktur - struktur tulang dari dinding dada.

X-ray dada yang khas dengan pulmonary edema mungkin menunjukkan lebih banyak tampilan putih dada kedua bidang - bidang paru dari pada biasanya. Kasus-kasus yang lebih parah dari pulmonary edema dapat menunjukkan opacification (pemutihan) yang signifikan pada paru paru dengan visualisasi yang minimal dari bidang bidang paru yang normal. Pemutihan ini mewakili pengisian dari alveoli sebagai akibat dari Acute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru, namun ia mungkin memberikan informasi yang minimal tentang penyebab yang mungkin mendasarinya.

d) Gambaran hasil Radiologi

- **Gambar 1 : Edema Interstitial**
Gambaran underlying disease (kardiomegali, efusi pleura, diafragma kanan letak tinggi)
- **Gambar 2 : Kardiomegali edema Paru**
Infiltrate di daerah basal (Edema Basal Paru). Edema “ butterfly “ atau Bat’s Wing (Edema Sentral)
- **Gambar 3 : Bat’s Wing**
Edema localized (terjadi pada area vaskularisasi normal, pada paru yang mempunyai kelainan sebelumnya, contoh : emfisema)

2.1.6 Patofisiologi

Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema paru kardiogenik di cetuskan oleh peningkatan tekanan atau volume yang mendadak tinggi di atrium kiri, vena pulmonlis dan diteruskan (peningkatan tekanannya) ke kapiler dengan tekanan melebihi 25 mmhg. Mekanisme fisiologis tersebut gagal mempertahankan keseimbangan sehingga cairan akan membanjiri alveoli dan terjadi ALO atau edema paru. Jumlah cairan yang menumpuk di alveoli ini sebanding dengan beratnya ALO atau Edema Paru. Penyakit jantung yang potensial mengalami ALO atau Edema Paru adalah semua keadaan yang menyebabkan peningkatan tekanan atrium kiri >25 mmhg

Sedangkan ALO atau edema Paru non kardigenik timbul terutama disebabkan oleh kerusakan dinding kapiler paru yang dapat permeabilitas endotel kapiler paru sehingga menyebabkan masuknya cairan dan protein ke alveoli. Proses tersebut kan mengakibatkan terjadinya pengeluaran secret encer berbuih dan berwarna pink froty. Adanya secret ini akan mengakibatkan gangguan pada alveolus alam menjalankan fungsinya.

2.1.7 Penatalaksanaan

Sasaran penatalaksanaan medical adalah untuk mengurangi volume total yang bersirkulasi dan untuk memperbaiki pertukaran pernafasan.

a. Oksigenasi:

- 1) Diberikan dalam konsentrasi yang adekuat untuk menghilangkan hipoksia dan dipsnea.
- 2) Oksigen dengan tekanan intermiten atau tekanan positif kontinu, jika tanda-tanda hipoksia menetap.
- 3) Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik, jika terjadi gagal napas.
- 4) Tekanan ekspirasi akhir positif (PEEP)
- 5) Gas darah arteri (GDA).

b. Farmakoterapi :

- 1) Morfin : IV dalam dosis kecil untuk mengurangi ansietas dan dispnea, merupakan kontra indikasi pada cedera faskuler serebral, penyakit pulmonal kronis, atau syok kardiogenik. Siapkan selalu nalokson hidroklorida (narcan) untuk depresi pernafasan luas.
- 2) Diuretik : furosemid (lasix) IV untuk membuat evek diuretik cepat.
- 3) Digitalis : untuk memperbaiki kekuatan kontraksi jantung, di berikan dengan kewaspadaan tinggi pada pasien dengan MI akut.

c. Perawatan sportif :

- 1) Baringkan pasien tegak, dengan tungkai dan kaki di bawah, lebih baik bila kaki terjantai di samping tempat tidur, untuk membantu arus balik vena ke jantung.
- 2) Yakinkan pasien, gunakan sentuhan untuk memberikan kesan realitas yang konkrit
- 3) Maksimalkan waktu kegiatan di tempat tidur
- 4) Berikan informasi yang sering, sederhana, jelas tentang apa yang sedang dilakukan untuk mengatasi kondisi dan apa makna respon terhadap pengobatan

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada edema paru, meliputi :

1. Gagal nafas
2. Asidosis respiratorik
3. Henti jantung

2.1.9 Pencegahan

- 1) Kenali tahap dini kapan tanda2 dan gejala2 yang ditunjukkan merupakan tanda dan gejala kongesti pulmonal yaitu auskultasi bidang paru paru pasien dengan penyakit jantung
- 2) Hilangkan stress emosional dan terlalu letih untuk mengurangi kelebihan beban ventrikel kanan.
- 3) Berikan morfin untuk mengurangi ansietas, dispneu dan preload.
- 4) Lakukan tindakan mencegah gagal jantung kongestif dan penyuluan pasien.
- 5) Nasihatkan untuk tidur dengan bagian kepala tempat tidur ditinggikan 25cm.
- 6) Tindakan bedah untuk menghilangkan atau meminimalkan defek valvular yang membatasi aliran darah ke dalam dan keluar ventrikel kanan

2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1 Pengkajian Pasien: Sistem Kardiovaskuler

1. Riwayat Keluhan Utama dan Penyakit Saat Ini

Perawat mulai mengkaji riwayat dengan menyelidiki keluhan utama klien. Pasien diminta menjelaskan dengan bahasanya sendiri masalah atau alasan mencari bantuan kesehatan. Perawat juga bertanya pada pasien tentang gejala terkait, termasuk nyeri dada, dispneu, edema kaki/tungkai, palpitasi dan sinkop, batuk dan hemoptisis, nokturia, sianosis, dan klaudikasi intermiten (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

1. Nyeri dada

Nyeri dada adalah salah satu gejala paling umum pada pasien penderita penyakit kardiovaskuler. Oleh karena itu, pertanyaan tentang nyeri dada adalah salah satu komponen yang penting dalam wawancara pengkajian. Parameter pengkajian nyeri:

- N (normal) : Jelaskan status kesehatan sebelum mengalami gejala?
- O(onset/awitan) : Kapan nyeri itu muncul? Hari apa? Jam berapa? Apakah muncul secara tiba-tiba atau secara bertahap?
- P (Faktor yang mencetuskan dan meredakan) : hal apa yang menyebabkan munculnya nyeri? Apa yang memicu munculnya nyeri-faktor seperti stress, perubahan posisi, atau pengerahan tenaga? Apa yang Anda lakukan ketika pertama kali muncul nyeri? Apa yang membuat nyeri memburuk? Tindakan apa yang dapat meringankan nyeri? Tindakan apa yang telah Anda coba selama ini? Tindakan apa yang tidak meringankan nyeri?
- Q (Kualitas dan kuantitas) : Bagaimana nyeri yang Anda rasakan? Bagaimana anda menggambarkan? Seberapa berat nyeri yang anda rasakan sekarang? Apakah yang anda rasakan sekarang lebih berat atau lebih ringan dari pada yang anda rasakan sebelumnya?
- R (Lokasi dan penyebaran) : Bagian mana yang terasa nyeri? Dapatkah anda tunjukkan pada saya? Ketika merasa nyeri, apakah nyeri itu menyebar misalnya ke lengan bawah ataupun ke punggung anda?
- S (Keparahan) : Dengan skala 1 sampai 10, dan angka 10 menunjukkan nyeri terhebat yang pernah anda rasakan berapa nilai gejala anda? Sehebat apakah nyeri yang terhebat yang pernah terjadi? Apakah nyeri itu membuat anda harus berhenti beraktivitas dan duduk, beraktivitas perlahan atau berbaring? Apakah nyeri bertambah atau berkurang atau tetap seperti yang anda rasakan sebelumnya?
- T (Waktu) : Berapa lama nyeri berlangsung? Seberapa sering anda merasakan nyeri ini? Apakah nyeri terjadi ada hubungannya dengan hal lain, baik itu sebelum, selama, atau sesudah makan?

2. Dispnea

Dispnea terjadi pada pasien yang menderita abnormalitas paru dan jantung. Pada pasien penderita penyakit jantung, dispnea merupakan akibat dari tidak

efisiennya pompa ventrikel kiri, yang menyebabkan kongesti aliran darah di paru. Selama pengkajian riwayat, dispneu dibedakan dari kesulitan napas yang biasa yang terjadi setelah aktivitas fisik yang berat (misalnya, berlari saat naik tangga, berlari cepat di tempat parkir). Dispnea adalah keluhan pasien karena kesulitan napas sebenarnya, bukan sekedar sesak napas. Perawat menentukan apakah kesulitan bernapas hanya terjadi saat pengerahan tenaga atau saat istirahat. Jika dispneu terjadi saat pasien berbaring datar tetapi reda ketika duduk atau berdiri, maka disebut *ortopnea*. Jika dispnea ditandai dengan kesulitan bernapas yang dimulai sekitar 1-2 jam tidur dan reda dengan posisi duduk atau bangun dari tempat tidur, maka disebut *dispnea nocturnal paroksimal* (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

3. Edema kaki dan tungkai

Meskipun beberapa masalah lain dapat menyebabkan bengkak pada kaki atau tungkai pasien, gagal jantung dapat menjadi penyebabnya karena jantung tidak mengalirkan cairan dengan tepat. Karena gravitasi meningkatkan gerakan cairan dari ruang intravaskuler ke ruang ekstrasvaskuler, semakin siang, edema menjadi semakin parah dan akan membaik ketika malam hari setelah berbaring untuk tidur. Pasien atau keluarga mungkin melaporkan bahwa sepatutnya tidak muat lagi, kaos kaki yang awalnya terlalu longgar sekarang menjadi terlalu ketat, dan bekas pada kaos kaki lebih lama hilang. Perawat harus menanyakan tentang saat terjadinya edema (misalnya, hilang dengan meninggikan tungkai sesaat atau dengan tetap meninggikan tungkai) (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

4. Palpitasi dan sinkop

Palpitasi adalah kesadaran akan tidak teraturnya atau cepatnya denyut jantung. Pasien mungkin mengatakan loncatan denyut, sibuknya jantung atau gedebug yang keras. Perawat bertanya tentang awitan dan durasi palpitasi, termasuk gejala, dan beberapa faktor pencetus yang dapat diingat pasien atau keluarganya. Karena aritmia jantung mungkin mengganggu aliran darah ke otak, perawat menanyakan tentang adanya pusing, pingsan, atau sinkop yang menyertai palpitasi (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

5. Batuk dan hemoptasis

Abnormalitas yang terjadi seperti gagal jantung, emboli paru, atau stenosis mitral dapat menyebabkan batuk atau hemoptisis. Perawat bertanya pada pasien tentang adanya batuk dan menanyakan tentang kualitas (basah atau kering) dan frekuensi batuk (kronis atau kadang-kadang, hanya ketika berbaring atau setelah beraktivitas). Jika batuknya berdahak, perawat mencatat warna, konsistensi dan jumlah dahak yang dikeluarkan. Apabila pasien melaporkan adanya dahak berdarah (hemoptisis), perawat menanyakan apakah bercak darah, dahak berdarah berbusa, atau dahak darah (terang atau gelap)(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

6. Nokturia

Ginjal yang mendapat perfusi yang tidak adekuat oleh jantung yang tidak sehat selama sehari mungkin akhirnya menerima perfusi yang cukup selama istirahat pada malam hari sehingga meningkatkan haluarannya. Perawat menanyakan tentang frekuensi berkemih pada malam hari. Jika pasien mengkonsumsi diuretik, perawat juga mengevaluasi frekuensi berkemih yang berhubungan dengan waktu konsumsi diuretic pada siang hari(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

7. Sianosis

Sianosis menggambarkan status oksigenasi dan sirkulasi pasien. Sianosis sentral adalah sianosis secara menyeluruh dan dapat dikaji dengan melihat perubahan warna dan menggelapnya membran mukosa, dan menggambarkan penurunan konsentrasi oksigen. Sianosis perifer adalah sianosi yang terjadi pada ekstremitas dan bagian tubuh yang menonjol (tangan, kaki, hidung, telinga, bibir) dan menggambarkan gangguan sirkulasi(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

8. Klaudikasi intermite

Klaudikasi terjadi ketika suplai darah ke otot yang sedang bekerja tidak mencukupi. Penyebab klaudikasi biasanya obstruksi aterosklerotik yang signifikan ke ekstremitas bawah. Tungkai mengalami gejala pada saat istirahat kecuali terjadi obstruksi berat. Suplai darah ke kaki tidak mencukupi untuk

memenuhi kebutuhan metabolisme pada saat latihan, dan mengakibatkan nyeri iskemik. Pasien mengatakan kram, kaku kejang, sakit atau kelemahan pada kaki, betis, paha atau bokong yang meningkat pada saat istirahat. Pasien harus diminta untuk menggambarkan keparahan nyeri dan seberapa besar pengurangan tenaga yang dapat menimbulkan nyeri(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

2. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Ketika mengkaji riwayat kesehatan pasien sebelumnya, perawat menanyakan penyakit pada masa kanak-kanak seperti demam rematik dan penyakit sebelumnya seperti pneumonia, tuberculosis, tromboflebitis, emboli paru, infark miokard, diabetes mellitus, penyakit tiroid, atau nyeri dada. Perawat juga menanyakan tentang pemajanan terhadap kardiotoxik di lingkungan kerja. Terakhir, perawat mencari informasi tentang bedah jantung atau bedah vaskuler dan setiap pemeriksaan atau intervensi terhadap jantung yang pernah dilakukan(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

3. Status Kesehatan Saat Ini dan Faktor Resiko

Sebagai bagian pengkajian riwayat kesehatan perawat menanyakan pada perawat tentang penggunaan obat, vitamin, jamu yang diresepkan atau di beli di warung. Penting untuk menanyakan pada pasien tentang alergi obat, alergi makanan, atau setiap reaksi alergi sebelumnya terhadap bahan kontras. Perawat juga menanyakan tentang penggunaan tembakau, obat atau alkohol. Perawat juga bertanya kebiasaan makan termasuk asupan makanan harian, pembatasan diet atau suplemen diet, dan atau asupan makanan atau minuman yang mengandung kafein. Pola tidur dan olahraga pasien, dan aktivitas waktu luang juga harus ditanyakan.

Pengkajian faktor resiko penyakit kardiovaskuler adalah hal yang penting dalam pengkajian riwayat. Faktor resiko digolongkan sebagai faktor resiko utama yang tidak dapat dikontrol; faktor resiko utama yang dapat dimodifikasi, diubah, atau dikontrol, dan faktor resiko yang berkontribusi(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

4. Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang usia dan kondisi kesehatan, atau usia dan penyebab kematian, anggota keluarga terdekat, termasuk orang tua, kakek-nenek, saudara, anak dan cucu. Perawat menanyakan tentang masalah kardiovaskuler seperti

hipertensi, peningkatan kadar kolesterol, penyakit arteri koroner, infark miokard, stroke, dan penyakit vaskuler perifer(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

5. Riwayat Sosial dan Personal

Meskipun gejala fisik memberi banyak tanda yang berhubungan dengan asal dan penyebaran penyakit jantung, riwayat sosial dan personal juga berperan terhadap status kesehatan pasien. Perawat bertanya tentang keluarga pasien, suami/istri tau orang lain yang berarti, dan anak-anak.

Informasi tentang lingkungan kehidupan pasien, rutinitas harian, aktivitas seksual, pekerjaan, pola koping dan keyakinan kultural dan spiritual berkontribusi terhadap pemahaman perawat tentang pasien sebagai manusia dan memandu interaksi dengan pasien dan keluarga(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

6. Pengkajian Fisik

Pengkajian jantung meliputi pengkajian semua aspek individu menggunakan langkah standar yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan yang menyeluruh dan hati-hati membantu perawat mendeteksi abnormalitas yang tidak jelas dengan yang jelas(Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)

- **Inspeksi**

Penampilan umum : inspeksi dimulai segera setelah perawat dan pasien berinteraksi. Penampilan umum dan gaya pasien adalah elemen kunci inspeksi awal. Pengkajian kritis menyatakan kesan pertama tentang usia, status nutrisi, kemampuan merawat diri, kewaspadaan dan keseluruhan kesehatan fisik. Penting untuk mencatat kemampuan pasien untuk bergerak dan berbicara dengan atau tanpa distress. Pertimbangkan postur, gaya berjalan dan koordinasi muskuluskeletal.

Distensi Vena Jugular : tekanan vena jugularis menggambarkan tekanan atrium kanan dan memberi informasi bagi perawat tentang indikasi hemodinamik jantung dan fungsi jantung. Tingginya kadar darah di vena jugularis internal kanan adalah indikasi tekanan atrium kanan karena tidak ada katup atau obstruksi antara venan dan atrium kanan.

Dada : dada diinspeksi untuk mengetahui tanda trauma atau cedera, kesimetrisan, kontur dada, dan denyutan yang terlohat. Daya dorong

(abnormalitas kekuatan denyutan prekordium) dicatat. Setiap penekanan (eksskavatum sternum) atau penonjolan prekordium direkam.

Ekstrmitas : inspeksi saksama pada ekstremitas pasien juga dapat memberi informasi tentang kesehatan kardiovaskuler. Pada ekstremitass, dikaji lesi, ulkus, luka yang tidak sembuh dan vena varikosa. Distribusi rambut dikaji. Kurangnya distribusi rambut yang normal pada ekstremitas mengindikasikan penurunan aliran darah arteri ke area tersebut.

Kulit : kulit dievaluasi kelembapan dan kekeringan, warna, elastisitas, edema, ketebalan, lesi, ulserasi, dan perubahan vascular. Dadar kuku dievaluasi untuk melihat sianosis dan *clubbing*, yang dapat mengindikasikan abnormalitas jantung atau paru kronis. Perbedaan umum pada warna dan suhu antra bagian tubuh dapat memberikan petunjuk tentang perfusat.

- **Palpasi**

Nadi : pengkajian kardiovaskuler dilanjutkan dengan palpasi menggunakan bantalan jari tangan dan bantalan tangan. Dengan menggunakan bantalan jari tangan, nadi carotis, brakialis, rasialis, femoralis, popliteal, tibia posterior dan dorsalis pedis dipalpasi.

Prekordium : dinding jantung dipalpasi untuk mengkaji titik maksimal impuls, getaran dan pulsasi abnormal.

- **Perkusi**

Dengan kemajuan radiologi berarti evaluasi ukuran dan perkusi jantung tidak terlalu berperan dalam pengkajian jantung. Akan tetapi, penentuan ukuran jantung dapat dilakukan dengan perkusi adanya suara pekak yang menunjukkan batas jantung.

- **Auskultasi**

Data yang didapatkan dari auskultasi jantung yang cermat dan menyeluruh merupakan hal penting dalam merencanakan dan mengevaluasi perawatan pasien sakit kritis. Pada bagian ini. Pada bagian ini, dibahas prinsip dasar auskultasi jantung yang mendasari, faktor yang bertanggungjawab menghasilkan suara jantung normal, dan kondisi patologis yang bertanggung jawab menghasilkan suara jantung tambahan, murmur dan *friction rub*

2.2.2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan patofisiologi dan data pengkajian diatas, diagnosis keperawatan utama mencakup hal-hal sebagai berikut(Herdman & Kamitsuru, 2017).

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan yang ditandai dengan sesak saat melakukan aktifitas (*dispneu*)pola nafas abnormal, penggunaan otot bantu pernafasan (Kode 00032)
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan(00032) yang ditandai dengan penggunaan otot bantu nafas, dispneu, batuk, irama pernafasan tidak teratur
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan, perubahan elektrokardiogram (EKG), keletihan, Dispneu setelah beraktifitas, kelemahan umum (Kode 00092)
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan keebihan asupan cairan yang ditandai dengan gangguan pola nafas, penurunan hematokrit, penurunan hemoglobin, dispneu, edema

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan (Sue , Marion , Elizabeth , & L , 2016)

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung (00029)

NOC : keefektifan pompa jantung (0400)

Tujuan : pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung

Kriteria Hasil :

- Tekanan darah sistol (040001)
- Tingkat kelelahan berkurang (040017)
- Pucat (040031)
- Edema perifer (040013).

NIC : perawatan jantung (4040)

- Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung
- Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer (misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas),
- Monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu,
- Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.

- Monitor tanda-tanda vital

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan (00032)

NOC : status pernafasan Kode: 0415

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan status pernafasan klien kembali paten.

Kriteria hasil :

- 1) Penggunaan otot bantu nafas normal (041510)
- 2) Tidak mengalami dispnue saat aktifitas (041514)
- 3) Tidak ada batuk baik produktif maupun non produktif (041531)
- 4) rama pernafasan teratur (041502).

NIC : monitor pernafasan Kode: 3350

- 1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas
- 2) Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok dan mengi
- 3) Monitor peningkatan kelelahan dan kecemasan
- 4) Catat onset, karakteristik dan lamanya batuk
- 5) Posisikan pasien semi fowler
- 6) Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (misalnya nebulizer).

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan antara suplai dan kebutuhan oksigen Kode: 0092

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan melakukan aktifitas secara mandiri.

Kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi ketika beraktifitas (000502)
- 2) Kemudahan bernafas saat aktifitas (000508)
- 3) Tekanan darah ketika beraktifitas (000504)
- 4) Temuan hasil EKG/elektrokardiogram (000506)
- 5) Kemudahan dalam melakukan aktifitas hidup harian (ADL/ activities of daily living) (000518)

NIC : Peningkatan latihan Kode : 0200

- 1) kaji hambatan untuk melakukan aktifitas
- 2) Dukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan
- 3) Dampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin
- 4) Lakukan latihan bersama individu jika perlu

- 5) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas.
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan. Kode: 00026

NOC : keseimbangan cairan Kode 0601

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan intake dan output dalam batas normal

Kriteria hasil

- 1) Tekanan darah dalam batas normal (110/70-130/80 MmHg), (060101)
- 2) Keseimbangan cairan intake dan output dalam 24 jam (060107)
- 3) Tidak ada edema perifer (060112)

NIC : Manajemen Elektrolit Kode : 2080

- 1) Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal seperti yang tersedia
- 2) Berikan cairan yang sesuai
- 3) Jaga pencatatan intake/asupan dan output yang akurat
- 4) Batasi cairan yang sesuai
- 5) Monitor tanda-tanda vital yang sesuai (TD: 120/80MmHg, Nadi 60-100x/menit, RR 12-20x/menit, S. 36.5⁰C)

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan ini dilakukan di ruang ICCU RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Ny. S. Q berumur 57 tahun, dengan alamat Penfui, beragama Islam, pekerjaan IRT. Masuk rumah sakit pada tanggal 06 Juli 2019 jam 19.50 WITA melalui IGD dengan keluhan sesak napas, pasien diberi penanganan therapy oksigen nasal canule 4 lpm, melakukan EKG, diberikan therapy IVFD NaCl 0,9 % 500/24 jam, dengan diagnosa *Accute Lung Oedema (ALO) atau Eema Paru*, saat dikaji pasien dalam keadaan tidak mampu berespon terhadap lingkungan sekitar.

Hasil pengkajian Pasien mengeluh sesak napas, dan jantung berdebar-debar. Pasien mengatakan merasakan sesak napas \pm 1 jam di rumah sebelum MRS. Pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z Johannes Kupang, saat tiba di ruang IGD pasien langsung diberi penanganan : Therapy oksigen nasal canul 4 lpm, melakukan EKG, diberikan therapy IVFD NaCl 0.9% 500cc/24 jam. Selanjutnya pasien dirawat di ruang ICCU saat dikaji pasien mengatakan sesak napas berkurang, nyeri perut kuadran kiri bawah, dengan skala nyeri 4, pasien juga mengatakan nyeri ulu hati, pasien juga merasakan lelah dan capek, O₂ nasal canule sementara diaff, posisi tidur pasien semi fowler dan pasien tampak lemah. Pasien mengatakan ada riwayat Hipertensi dan tidak pernah dikontrol, juga ada riwayat pembengkakan Jantung sejak tahun 2018 tapi tidak terkontrol. Pasien mengatakan dalam keluarga ada yang menderita Hipertensi yaitu suami dan anak.

Pengkajian Primer

Airway (jalan napas) pasien merasakan sesak napas, RR 19 x/menit, tarikan napas normal dengan irama napas teratur, pasien tidak batuk, auskultasi bunyi napas ronchi, tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi kuat dan teratur dengan frekuensi 80x/menit, suhu: 36,7⁰C. Ekstremitas dingin, ada nyeri dada di sebelah kiri menyebar ke tangan kiri seperti ditusuk - tusuk dan hilang timbul, warna kulit pucat, turgor kulit baik, capilari refill time <3 detik, mukosa mulut lembab, terdapat edema pada tungkai kiri derajat I, kebutuhan nutrisi: makan 10 sdm, minum 500 cc, parenteral: NaCl 0,9% 14 tetes per menit 500cc/24 jam, eliminasi: BAK melalui kateter warna urin kuning pekat 660 cc/7jam, tidak ada nyeri

saat BAK, tidak ada keluhan nyeri pinggang, BAB tidak teratur (saat pengkajian pasien belum BAB dari hari yang lalu), bising usus 20x/menit (normal 5-30x/menit), tingkat kesadaran: Composmentis, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya positif pada mata kiri dan kanan, GCS:E₄-M₅-V₆ jumlah nilai 15.

Pengkajian Sekunder

Musculoskeletal/ neuropsensorik: kekuatan otot, ekstremitas kanan atas dan bawah 5, ekstremitas kiri atas dan bawah 5 (Semua ADL (makan/minum, personal hygiene, toileting oleh karena dibantu oleh perawat dan keluarga oleh karena EKG LVH & abnormal Segmen ST & T). Tidak terdapat lesi. Status psikososial pasien, kurang pengetahuan, ketegangan meningkat, pasien lebih fokus pada diri sendiri.

Hasil Pemeriksaan Penunjang Tanggal 06 Juli 2019: Darah Rutin : HB:10,2 gr/dl (normal 12-16), Ht: 33.0 %/L (normal 37.0 - 47.0), RDW - CV : 18,8 H (11,0 - 16.0), Jumlah leukosit : 15.39 H (4.0 - 10.0) Hitung Jenis : Neutrofil : 84.3 H (50 - 70), Limfosit 7,9 L (20 - 40), Jumlah Neutrofil : 12,98 H (1.50 - 7.00), Jumlah Monosit : 0.97 H (0.00 - 0.70). Kimia Darah : Kreatinin darah : 1.20 H (0.6 - 1.1). Elektrolit : Kalium darah : 2.7 L (3.5 - 4.5) Tanggal 08 Juli 2019: Kolesterol Total : 207 H (< 200), HDL Kolesterol : 129 H (< 105). EKG : Left Ventricular Hypertrophy (LVH) + Abnormal segmen ST & T abnormal

Therapy yang didapat adalah :

- a. IVFD NaCl 0,9 % / Infus

Indikasi : Mengatur cairan tubuh, mengatur kerja dan fungsi otot jantung, mendukung metabolisme tubuh, merangsang kerja saraf

- b. Furosemide 2 x 20 mg / IV

Indikasi : Membantu membuang cairan atau garam di dalam tubuh melalui urine dan meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh gagal jantung

- c. Ranitidine 2 x 25 mg / IV

Indikasi : Menurunkan kadar Asam Lambung

- d. Spironolacton 1 x 25 mg / oral

Indikasi : Mengobati tekanan darah tinggi dan juga mengobati pembengkakan di salah satu bagian tubuh yang disebabkan oleh kondisi tertentu.

e. Digoksin 1 x 0,25 mg / Oral

Indikasi : Mengatasi penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung.

f. Lisinopril 1 x 5 mg / Oral

Indikasi : Mengobati tekanan darah tinggi dan gagal jantung

g. NAC 3 x 200 mg / Oral

Indikasi : Mengencerkan dahak yang menghalangi saluran napas

h. Aspar K 3 x 1 tab / Oral

Indikasi : Mengatasi kekurangan kalium atau dikenal juga dengan istilah hipokalemia

3.1.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Penurunan Cardiac Output berhubungan dengan perubahan irama jantung data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. S.Q mengatakan merasakan sesak napas dan kelelahan

Data obyektif: Ny.S.Q mengalami sesak nafas, perubahan elektrokardiogram (Left ventrikuler hypertropi), perubahan warna kulit (pucat), batuk non produktif, kapiler refill time >3 detik, hasil EKG: Left ventricular hypertropi, edema pada tungkai kiri derajat I, RR 19x/mnt

2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, data yang didapatkan :

Data Subyektif : Ny. S.Q mengatakan merasakan lelah dan capek

Data Obyektif : ADL (*activities of daily living*) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV: TD.170/100 MmHg, RR. 19 x/menit, Hasil EKG Left ventricular hypertropy, Hasil laboratorium HB 10.2g/dL.

3. Nyeri akut, dianalisa sebagai berikut :

Data Subyektif : Ny S. Q mengeluh nyeri di ulu hati

Data Obyektif : Ny. S. Q ku Nampak lemah, Skala nyeri 4.

3.1.3 Intervensi keperawatan

- a. Penurunan Cardiac output berhubungan dengan perubahan irama jantung

NOC : Keefektifan pompa jantung (0400)

Tujuan : Pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung, yang diamati atau dilaporkan ditingkatkan dari cukup berat (2) menjadi ringan (4), dengan Kriteria Hasil :

- Tekanan darah sistol (040001)
- Tingkat kelelahan berkurang (040017)
- Pucat (040031)
- Edema perifer (040013).

NIC : Perawatan jantung (4040)

- Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung
- Monitor EKG, lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer(misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas),
- Monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu,
- Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya.
- Monitor keseimbangan cairan
- Monitor status penapasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung
- Monitor nilai Laboratorium yang tepat (nilai elektrolit)
- Kolaborasi pemberian obat Antiaritmia

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

NOC :

- Self care : ADLs di bantu
- Toleransi aktivitas
- Konservasi Energi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bertoleransi terhadap aktivitas, , yang diamati atau dilaporkan ditingkatkan dari cukup berat (2) menjadi ringan (4), dengan,

Kriteria hasil:

- Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri
- Keseimbangan aktivitas dan istirahat

NIC :

- Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
- Pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan
- Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, distritmia, dan sesak napas)
- Monitor lokasi kecendrungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktivitas
- Kolaborasi pemberian obat untuk mengontrol darah tinggi.

c. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis (Iritasi lambung)

NOC : Kontrol Nyeri

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan rasa nyaman dan bebas dari nyeri, yang diamati atau dilaporkan ditingkatkan dari cukup berat (2) menjadi ringan (4), dengan Kriteria hasil

- Mengetahui faktor penyebab nyeri
- Mengetahui permulaan terjadinya nyeri
- Menggunakan tindakan pencegahan
- Melaporkan gejala
- Melaporkan kontrol nyeri

NIC : Manajemen nyeri (1400)

1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi P,Q,R,S,T
2. Observasi kenyamanan non verbal
3. Ajarkan teknik non farmakologi misalnya : distraksi atau relaksasi

4. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan yang dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur
5. Kolaborasi pemberian analgetik.

3.1.4 Implementasi

Diagnosa 1 : Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan irama jantung
Tanggal 08 juli 2019

Jam 08.30 : Memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung dengan cara menganjurkan pasien untuk tidak mencedakan saat BAB

Hasil : Pasien paham dengan anjuran yang disampaikan ; jam 09.00 Memonitor EKG (LVH/Left Ventricular Hypertrophy + abnormal segmen ST & T abnormal) ; jam 13.00 Melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer Hasil : Nadi : 80x/ mnit /teratur / kuat, CRT : < 3dtk, warna kulit : pucat ; jam 13.20 : monitor nilai laboratorium yang tepat nilai elektrolit kalium darah : 2,7 L ; jam 14.00 : melayani obat Digoksin 0,25 mg Hasil : pasien dapat minum obat dengan baik

Tanggal : 09 Juli 2019

Jam 08.30 memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mencedakan saat BAB ; jam 09.00 Memonitor EKG SV1 = 2,6mv, RV6 =2,81mv ,R+5=5,07mv ; jam 13.00 Melakukan penilaian secara komperhensif pada sirkulasi perifer Hasil : N 102 x/menit / Tidak teratur / kuat, CRT: <3dtk, RR : 28x/mnt ; jam 14.00 Melayani pasien obat Digoksin 0,25mg Hasil : Pasien dapat minum obat dengan baik

Tanggal 10 Juli 2019

Jam 08.30 Memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung,

Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mencedakan saat BAB ; jam 13.00 Melakukan penilaian secara komperhensif pada sirkulasi perifer Hasil : N 102 x/menit/ tidak teratur / kuat, CRT: <3dtk, RR : 28x/mnt ; jam 14.00 Melayani pasien obat Digoksin 0,25mg Hasil : Pasien dapat minum obat dengan baik

Diagnosa II : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplay dan kebutuhan oksigen

Tanggal 08 Juli 2019

Jam 10.00 : Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak

Hasil : pasien mendengarkan dengan kooperatif ; jam 10.30 Memakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan, menganjurkan Pasien menggunakan baju yang longgar agar dapat lebih mudah menggerakkan badan Hasil : pasien dapat mendengarkan dengan kooperatif ; jam 10.45 Mengaujrkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam Hasil : pasien dapat tidur nyaman sesuai posisi yang diinginkan ; jam 13.00 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas

(takikardi, sesak napas, pucat)Pasien sesak napas berkurang dan pucat Hasil : pasien dapat berespon dengan baik ; jam 14.00 Melayani pasien obat Spironolacton dan Lisinopril Hasil : pasien dapat minum obat dengan baik

Tanggal 09 Juli 2019

Jam 09.45 :Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak

Hasil: pasien mendengarkan dengan kooperatif ; jam 10.30 :Memakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan, menganjurkan Pasien menggunakan baju yang longgar agar dapat lebih mudah menggerakkan badan Hasil : pasien dapat mendengarkan dengan kooperatif ; jam 11.00 Mengaujurkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam Hasil : pasien dapat tidur nyaman sesuai posisi yang diinginkan ; jam 11.30 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, sesak napas, pucat) Pasien sesak napas berkurang dan pucat Hasil : pasien dapat berespon dengan baik ; jam 14.00Memberikan pasien obat untuk mengontrol darah tinggi Spronolacton 25 mg, dan Lisinopril 5 mg

Tanggal 10 Juli 2019

Jam 09.45 Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak

Hasil : pasien mendengarkan dengan kooperatif ; jam 10.30 Memakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan Hasil : Pasien menggunakan baju yang longgar agar dapat lebih mudah menggerakkan badan ; jam 11.00 Menganjurkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam Hasil : pasien dapat tidur nyaman

sesuai posisi yang diinginkan ; jam 11.30 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, sesak napas, pucat) Pasien sesak napas berkurang dan pucat Hasil : pasien dapat berespon dengan baik ; jam 14.00 Memberikan pasien obat untuk mengontrol darah tinggi Spronolacton 25 mg, dan Lisinopril 5 mg

Diagnosa III : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

(Iritasi lambung)

Tanggal 08 Juli 2019

Jam 08.45 Mengkaji nyeri secara komperhensif Hasil : P : Asam lambung meningkat Q : nyeri hilang timbul R : pasien nyeri di ulu hati S : skala nyeri 4 T : Pada saat siang hari ; jam 10.20 Mengobsevasi kenyamanan non verbal Hasil : pasien merasa nyaman dengan aktivitas yang di lakukan ; jam 10.55 Memberikan informasi kepada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri yaitu menghindari makanan yang pedis dan asam Hasil : pasien mendengarkan dengan baik

Tanggal 09 juli 2019

Jam 08.45 Mengkaji nyeri secara komperhensif Hasil : P : Asam lambung meningkat Q : nyeri hilang timbul R : pasien nyeri di ulu hati S : skala nyeri 3 T : Pada saat siang hari ; 10.20 Mengobsevasi kenyamanan non verbal Hasil : pasien merasa nyaman dengan aktivitas yang di lakukan jam 11.10 Memberikan informasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri yaitu hindari makanan yang mengandung pedas dan asam Hasil : pasien mendengarkan dengan baik

Tanggal 10 juli 2019

Jam 09.30 Mengkaji nyeri secara komperhensif Hasil : P : - Q : nyeri berkurang R : pasien nyeri di ulu hati S : skala nyeri 2 T : Pada saat siang hari ; jam 10.45 Mengobsevasi kenyamanan non verbal Hasil : pasien merasa nyaman dengan aktivitas yang di lakukan ; jam 11.10 Memberikan informasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri yaitu hindari makanan yang mengandung pedas dan asam Hasil : pasien mendengarkan dengan baik.

3.1.5 Evaluasi

Diagnosa I :

Tanggal 08 Juli 2019 : Jam 14.00

S: Ny. S.Q mengatakan sesak napas berkurang, kelelahan +

O: Tanda-tanda vital Td. 170/100 mmHg. Wajah terlihat pucat, Hasil laboratorium Kalium darah 2,7 L

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,5

Tanggal 09 Juli 2019 : Jam : 14:20

S : Ny.S.Q mengatakan masih merasa lelah

O : Ny. S.Q tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang, ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi. 1 - 5

Tanggal 10 Juli 2019 : Jam 14.00

S : Ny. S.Q mengatakan nyeri di ulu hati

O : Ku lemah Skala nyeri 4

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1- 3

Diagnosa II

Tanggal 08 Juli 2019 : Jam 14.00

S: Ny. S.Q mengatakan sesak napas berkurang, kelelahan +

O: Tanda-tanda vital Td : 170/100 mmHg, Wajah terlihat pucat. Hasil laboratorium Kalium darah 2,7 L

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,5

Tanggal 09 Juli 2019 : Jam : 14:20

S : Ny.S.Q mengatakan masih merasa lelah

O : Ny. S.Q tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang, ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi. 1 - 5

Tanggal 10 Juli 2019 : Jam 14.00

S : Ny. S.Q mengatakan nyeri di ulu hati

O : Ku lemah, Skala nyeri 4

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1- 3

Diagnosa III

Tanggal 08 Juli 2019 : Jam 14.00

S: Ny. S.Q mengatakan sesak napas berkurang, kelelahan +

O: Tanda-tanda vital Td : 170/100 mmHg, Wajah terlihat pucat, Hasil laboratorium Kalium darah 2,7 L

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,5

Tanggal 09 Juli 2019 : Jam : 14:20

S : Ny.S.Q mengatakan masih merasa lelah

O : Ny. S.Q tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang, ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi. 1 – 5

Tanggal 10 Juli 2019 : Jam 14.00

S : Ny. S.Q mengatakan nyeri di ulu hati

O : Ku lemah, Skala nyeri 4

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1- 3

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata, semuanya diuraikan melalui 5 tahap dalam proses perawatan yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pada kasus Ny. S.Q (57 tahun) pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 08 Juli 2019, tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh pasien adalah Sesak napas dan jantung berdebar - debar. Pasien juga mengeluh perut kuadran kiri bawah serta nyeri ulu hati. Menurut Baughman 2000, manifestasi klinis yang biasanya timbul pada pasien dengan Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru adalah Sesak napas mendadak dan rasa

asfiksia (seperti kehabisan napas), tangan menjadi dingin dan basah, bantalan kuku menjadi sianosis, dan warna kulit menjadi abu - abu.

Pasien mengatakan bahwa sebelumnya memiliki riwayat hipertensi, dan tidak pernah dikontrol, juga ada riwayat pembengkakan jantung sejak tahun 2018 tapi tidak terkontrol.

Secara umum Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru dapat disebabkan oleh Edema Paru kardiogenik dan Non Kardiogenik. Edema Paru kardiogenik disebabkan gangguan pada jantung atau Sistem kardiovaskuler yaitu : Penyakit pada Arteri Koronata, Kardiomoipati, Gangguan Katub jantung, dan Hipertensi sedangkan Edema Paru Non Kardiogenik disebabkan oleh : Gagal Ginjal, Trauma pada luka, Ekspansi Paru, over dosis pada heroin, Acute Respiratory Distress syndrome (ARDS), dan Trauma Otak.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Pada kasus Ny. S.Q, diagnosa keperawatan yang ditegakan berdasarkan analisa data yaitu Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan irama jantung, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen, dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iritasi lambung)

Pada teori yang dikemukakan oleh M.Arif tahun 2008, bahwa diagnosa yang dapat ditegakan pada pasien dengan Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema paru adalah Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan gangguan difusi jaringan, Kelebihan volume cairan berhubungan dengan ada cairan didalam alveolus, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen, Penurunan curah jantung berhubungan dengan penyempitan pembuluh darah, Ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan peningkatan produksi sputum dan pembengkakan atau edema

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan irama jantung, masalah ini diangkat karena merupakan masalah fisiologis dan prioritas sedang yang ditandai dengan pasien mengeluh sesak napas dan kelelahan. Diagnosa keperawatan kedua adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen. Masalah ini diangkat karena merupakan masalah fisiologis dengan prioritas sedang yang

ditandai dengan pasien terlihat lemah, semua ADL (makan/minum, personal hygiene, toileting) dibantu oleh perawat dan keluarga, ekstremitas kanan pasien tidak dapat digerakkan, dan diagnose keperawatan ketiga adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iritasi lambung), masalah ini diangkat karena masalah fisiologis dengan prioritas sedang yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri uluhati, nyeri hilang timbul, dengan skala nyeri 4

Perbedaan pada teori dengan kasus Ny. S.Q disebabkan karena tidak cukupnya data pendukung yang mendukung masalah keperawatan: resiko penurunan curah jantung, ketidakefektifan perfusi jaringan, resiko ketidakseimbangan volume cairan, dan hambatan pertukaran gas pada kasus

3.2.3 Intervensi

Pada kasus Ny. S.Q. diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas utama adalah Penurunan cardiac output. Masalah ini dianggap menjadi prioritas karena masalah penurunan cardiac output merupakan masalah yang mengancam kehidupan. Hal ini disebabkan oleh tekanan vena meningkat dan atrium kanan terisi lebih cepat, akibatnya terjadi peningkatan curah ventrikel kanan, yang melebihi curah ventrikel kiri sehingga. Pembuluh darah membesar oleh darah dan mulai mengalami kebocoran sehingga pasien mengalami sesak napas.

Perencanaan ditujukan agar pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung pasien. Perencanaan memiliki Kriteria hasil yang dapat diukur dengan skala yang telah ditentukan. Aktivitas keperawatan yang ditetapkan adalah untuk memantau dan menunjukkan keefektifan pompa jantung pasien serta memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang perubahan irama jantung

Prioritas masalah yang kedua adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen. Perencanaan ditujukan untuk meningkatkan status jantung paru yakni kecukupan volume darah yang dipompakan dari ventrikel dan pertukaran karbondioksida serta oksigen pada tingkat alveolar dan meningkatkan pergerakan yakni kemampuan untuk bisa bergerak bebas ditempat dengan atau tanpa bantuan. Perencanaan memiliki kriteria hasil yang dapat diukur dengan skala yang telah ditentukan. Aktivitas keperawatan yang ditetapkan adalah untuk memantau status fisiologis pasien, meningkatkan aktivitas pasien, serta

menyeimbangkan istirahat yang cukup bagi pasien untuk mempertahankan status jantung paru

Prioritas utama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iritasi lambung). Perencanaan ditujukan agar pasien mampu mengontrol nyeri dan menurunkan tingkat nyeri pasien. Perencanaan memiliki kriteria hasil yang dapat diukur dengan skala yang telah ditentukan. Aktivitas keperawatan yang ditetapkan adalah untuk memantau dan mengurangi nyeri pasien serta memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang nyeri pencegahan dan penanganannya.

3.2.4 Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan implementasi pada Ny. S.Q. dilakukan selama 3 hari perawatan.

Adapun tindakan-tindakan prinsip yang dilakukan pada Ny. S.Q adalah memasang infus NaCl 0,9% 14 tpm, mengobservasi tanda-tanda vital yakni tingkat kesadaran composmentis dengan GCS: GCS: E₄M₅V₆, TD: 170/100 mmHg, Nadi: 80 x/menit, Suhu : 37°C, RR: 19 x/menit.

Diagnosa penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan irama jantung, tindakan yang dilakukan adalah memastikan tingkat aktivitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprookasi serangan jantung dengan cara menganjurkan pasien untuk tidak mengedan saat BAB, Memonitor EKG, melakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer, memonitor nilai laboratorium yang tepat.

Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen, tindakan yang dilakukan adalah mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, memekaikan baju yang tidak menghambat pergerakan, menganjurkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam. Tindakan yang dilakukan pada masalah keperawatan intoleransi aktivitas sesuai dengan intervensi.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iritasi lambung), tindakan yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri: lokasi, karakteristik,

durasi/ lamanya nyeri, frekuensi, beratnya nyeri dan faktor pencetus, melihat ekspresi nyeri pasien, mengobservasi kenyamanan non verbal seperti aktivitas yang dilakukan dan memberikan informasi kepada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri. Tindakan yang dilakukan pada masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan intervensi, namun ada tindakan yang tidak dilakukan oleh penulis berdasarkan intervensi yakni kolaborasi pemberian analgesik untuk menurunkan nyeri pasien.

3.2.5 Evaluasi

Pada diagnosa keperawatan penurunan cardiac output, tindakan evaluasi meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses adalah tindakan dimana perawat menilai apakah tindakan sesuai rencana atau tidak. Pada kasus Ny. S.Q, tindakan-tindakan yang direncanakan tidak seluruhnya berjalan dengan baik karena keadaan pasien sesak napas dan lemah sehingga pada rencana keperawatan tingkat aktivitas yang membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, perawatan dilakukan tiga hari dan pada intervensi diinformasikan pada pasien agar tidak mengedan saat buang air besar.

Evaluasi hasil dilakukan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditentukan antara lain, Pasien mengatakan kelelahan berkurang, tidak pucat lagi dan tekanan darah dalam batas normal. Pada diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas, evaluasi proses pada kasus Ny. S.Q monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, distritmia, dan sesak napas) baru dapat dilakukan pada perawatan hari ketiga karena ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat.

Evaluasi hasil dilakukan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditentukan antara lain Pasien mampu berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, RR dengan Hasil TTV: TD: 110/80 mmHg, N: 78x/menit, RR: 22x/menit, tidak teratur, S: 36,5°C, Penulis menambahkan beberapa item pada evaluasi yakni kesadaran pasien serta kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sendiri karena mempengaruhi hasil evaluasi dan sangat penting untuk dicantumkan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

Evaluasi hasil dilakuakn mengacu pada kriteria hasil yang telah ditentukan yaitu kontrol nyeri dengan teknik napas dalam dan melaporkan nyeri yang berkurang dari skala 4 menjadi 2 dalam perawatan selama tiga hari, Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali tentang nyeri, penyebab dan penanganannya serta tindakan segera saat

nyeri. Penulis menambahkan beberapa item pada evaluasi yakni hasil TTV, serta kemampuan pasien untuk berbicara karena mempengaruhi hasil evaluasi dan sangat penting untuk dicantumkan untuk mengetahui keadaan umum pasien.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus keperawatan pada pasien Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru ini terdapat keterbatasan yaitu pada orang dan waktunya. Orang dalam hal ini pasien hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lainnya.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada pasien Ny. S.Q di dapatkan data Sesak napas dan jantung berdebar-debar disertai nyeri perut kuadaran kiri bawah dan nyeri ulu hati, skala nyeri 4, nyeri sedang, nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi \pm 2-5 menit, pasien tampak lemah. Kesadaran pasien composmentis, dengan hasil TTV :tekanan darah: 170/100 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 37⁰C, dan pernapasan: 19x/menit.
2. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh penulis adalah Penurunan cardiac output berhubungan dengan penurunan irama jantung, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakefektifan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedeara biologis (iritasi lambung)
3. Intervensi yang dibuat berdasarkan diagnosa penurunan cardiac output yakni NOC : Keefektifan pompa jantung serta NIC : perawatan jantung. Intervensi yang dibuat berdasarkan diagnose Intoleransi aktivitas yakni NOC: Status Jantung paru dan Pergerakan, dengan NIC: Pergerakan sendi.
4. Pada kasus Ny. S.Q implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi dari diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Pada teori implementasi tercantum, sementara di kasus nyata tercantum lengkap.
5. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria hasil yang telah ditentukan pada intervensi dengan skala yang pasti dan mudah diukur. Pada evaluasi diagnosa masalah belum teratasi namun intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pada diagnosa intoleransi aktivitas masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan pada diagnosa nyeri masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

4.2 Saran

- 1) Mahasiswa lebih memahami tentang apa itu Accute Lung Oedema (ALO) atau Edema Paru, karena sangat dibutuhkan untuk pemberian tindakan Keperawatan

- 2) Mahasiswa menerapkan proses Keperawatan dalam melakukan tindakan Keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Aru. W Sudoyo, (2006), "*Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*" EGC ; Jakarta
- Brunner & Suddarth,(2014) "*Keperawatan Medikal Bedah*", edis 8 , EGC, Jakarta
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Intervention Classification*. Jakarta: Elsevier.
- Baughman, Diene, C.(2000) *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Medikal Bedah: Buku Saku untuk Brunner % Suddarth*. EGC ; Jakarta
- Doenges, Marlylin e, dkk. (2000). "*Rencana asuhan keperawatan*". Jakarta
penerbit buku kedokteran EGC
- Gleadle Jonathan 2006 "*Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik*". Jakarta: Erlangga
- Gallo, B. M.dkk (2011). *Keperawatan Kritis*. Jakarta : EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNASIONAL Diagnosis Keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC.
- J.Reeves, Charlene dkk.2001. "*Keperawatan Medikal Bedah*". Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin Arif.2008. "*Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*". Jakarta: Salemba Medika
- Morton, P. G.dkk (2011). *Keperawatan Kritis*. Jakarta : EGC
- Nanda NOC NIC 2015 – 2017 . ECG jakarta
- Suhaemi, Ei Mimin. 2002 "*Etika Keperawatan : Aplikasi daam praktik*" Jakarta penerbit
buku kedotran EGC

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama : Ny.S.Q
Umur : 57 tahun
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Penfui
Nomor registrasi : 27.01.65
Diagnosa medik : ALO (Accute Lung Oedema)
Tanggal MRS : 06 Juli 2019 Jam : 19.50 WIB
Tanggal pengkajian: 08 Juli 2019 Jam : 09.00 WIB

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A.Z
Umur : 49 tahun
Alamat : Baumata
Hubungan dengan klien: Anak kandung

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak napas,dan jantung berdebar - debar

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan merasakan sesak nafas \pm 1 jam di rumah sebelum MRS. Pasien langsung dibawa ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z Johannes Kupang, saat tiba di ruang IGD pasien langsung diberi penanganan : Therapy oksigen nasal canul 4 lpm,melakukan EKG, diberikan therapy IVFD Nacl 0.9% 500cc/24 jam. Selanjutnya pasien di rawat di ruang ICCU saat dikaji pasien mngatakan sesak napas berkurang, nyeri perut kuadran kiri bawah, dengan skala nyeri 4, pasien juga mengatakan nyeri ulu

hati, pasien juga merasakan lelah dan capek, O2 nasal canule sementara diaff, posisi tidur pasien semi fowler dan pasien tampak lemah.

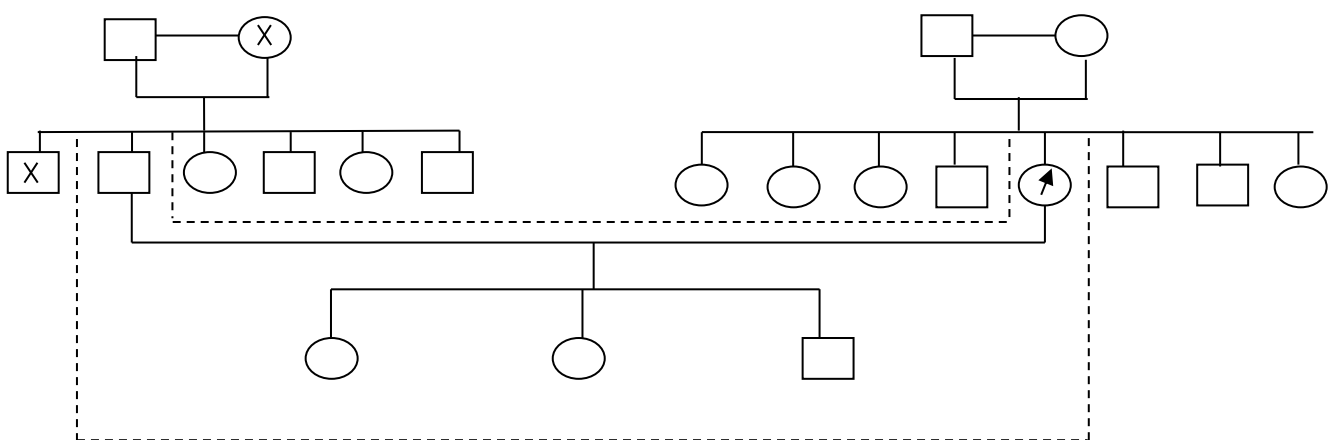
c. Riwayat Penyakit Dahulu :

Pasien mengatakan ada riwayat Hipertensi dan tidak pernah dikontrol, juga ada riwayat pembengkakan Jantung sejak tahun 2018 tapi tidak terkontrol.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

_____ Pasien mengatakan dalam keluarga ada yang menderita Hipertensi yaitu suami dan anak.

GENOGRAM



Keterangan :

↗ : Pasien

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

✕ : Yang Sudah meninggal

-----: Tinggal serumah

Tanda-Tanda Vital:

TD: 170/100 mmHg

Nadi: 80 x/menit

Spo2 : 99%

Suhu: 37 °Celsius

RR: 19 x/menit

4. Pengkajian Primer

A. Airways (jalan nafas)

Sumbatan:

(-) benda asing

(-) bronscospasme

(-) darah

(-) sputum

(-) lendir

(-) lain-lain sebutkan:

B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan :

(√) aktifitas

(-) tanpa aktifitas

(-) menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 19 x/mnt

Irama : (√) teratur () tidak teratur

Kedalaman: () dalam () dangkal

Reflek batuk : () ada () tidak ada

Batuk:

() produktif () non produktif

Sputum : () ada () tidak

Warna:-

Konsistensi:-

Bunyi napas:

() ronchi () creakles ()

BGA: Tidak dilakukan pemeriksaan

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi : 80 x/menit

Irama: (√) teratur () tidak

Denyut: () lemah (√) kuat () tidak kuat

TD: 170/100 mmHg

Ekstremitas :

☒ Hangat ☐ Dingin

Warna Kulit :

☐ cyanosis ☒ Pucat ☐ Kemerahan

Nyeri Dada : ☒ Ada ☐ Tidak

Karakteristik nyeri dada :

☐ Menetap ☐ Menyebar ke leher

☒ Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul

☐ Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill :

☒ < 3 detik ☐ > 3 detik

Edema :

☒ Ya ☐ Tidak

Lokasi edema :

☐ Muka ☐ Tangan ☒ Tungkai kiri derajat I ☐ Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

☒ < 3 detik ☐ > 3 detik

☒ Baik ☐ Sedang ☐ Jelek

2. Mukosa Mulut

☒ Lembab ☐ Kering

3. Kebutuhan nutrisi :

Oral : Air putih 500 cc/hari

Parenteral : Nacl 500 cc / 24 jam

Eliminasi

BAK : 500 cc + 100cc / 7 jam

Jumlah : 600 cc/7 jam

☒ Banyak ☐ Sedikit ☐ Sedang

Warna :

☒ Kuning jernih ☐ Kuning kental ☐ Merah ☐ Putih

Rasa sakit saat BAK :

☐ Ya ☒ Tidak

Keluhan sakit pinggang :

☐ Ya ☒ Tidak

BAB : Pasien belum BAB 1 hari

Diare : ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Berdarah ☐ Berlendir ☐ Cair

Bising Usus : 20x /menit

Pemeriksaan Abdomen :

Keluhan :

☐ I : Abnomen tampak simetris

☐ A : Bising usus 20x/menit

☐ Pal : Saat dipalpasi teraba massa dikuadran kiri bawah

☐ Per : Saat diperkusi abdomen pekak

4. Intoksikasi

☐ Makanan

☐ Gigitan Binatang

☐ Alkohol

☐ Zat kimia

☐ Obat-obatan

☒ Lain – lain : Tidak ada intoksikas

D. Disability

Tingkat kesadaran :

☒ CM ☐ Apatis ☐ Somnolent ☐ Sopor ☐ Soporocoma (Coma)

Pupil : ☒ Isokor ☐ Miosis ☐ Anisokor ☐ Midriasis ☐ Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan ☒ Positif ☐ Negatif

Kiri ☒ Positif ☐ Negatif

GCS : E : 4 M: 5 V : 6

Jumlah : 15

5. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

(-) Spasme otot

- (-) Vulnus
- (-) Krepitasi
- (-) Fraktur
- (-) Dislokasi
- (-) Kekuatan Otot :

5		5
5		5

Kesimpulan : Pasien disarankan bedrest total, ADL (Makan,minum, toileting dan personal hygiene dibantu perawat dan keluarga) . Oleh karena itu EKG LVH & Abnormal segmn ST & TAbnormal

b. Integumen

- (-) Vulnus
- (-) Luka Bakar

c. Psikologis

- Pasien merasa cemas dan stress terhadap penyakit
- Kurang pengetahuan
- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri sendiri

Terapi/ Pengobatan Hari/tanggal: Selasa, 09 Juli 2019

Nama Terapi	Dosis	Rute Pemberian	Waktu Pemberian	Indikasi
IVFD NaCl 0,9%	500cc/24 jam	Infus		Mengatur cairan tubuh, mengatur kerja dan fungsi otot jantung, mendukung metabolisme tubuh, merangsang kerja saraf
Forosemide 20 mg	20 - 20 - 0	IV	18.00	Membantu membuang cairan atau garam didalam tubuh melalui urine dan meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh gagal jantung.
Ranitidine 25mg	2 x 1 Amp	IV	18.00	Menurunkan kadar Asam Lambung
Spironolacton 25 mg	0 - 25 - 0	Oral	14.00	Mengobati tekanan darah tinggi dan juga mengobati pembengkakan di salah satu bagian tubuh yang disebabkan oleh kondisi tertentu
Digoksin 0,25mg	0 - 0,25 - 0	Oral	14.00	Mengatasi penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung.
Lisinopril 5mg	0 - 0 - 5	Oral	22.00	Mengobati tekanan darah tinggi dan gagal jantung
NAC	3 x 200mg	Oral	14.00	Mengencerkan dahak yang menghalangi saluran napas
Aspar K	3 x 1 tab	Oral	14.00	Mengatasi kekurangan kalium atau dikenal juga dengan istilah hipokalemia

PemeriksaanPenunjang

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
06 juli 2019	Darah Rutin		
	Hemoglobin	12,0 - 16,0	10,2 L /dl
	Hematokrit	37,0 - 47,0	33,0 L %
	MCV	81,0 - 96,0	65,7 L
	MCH	27,0 - 36,0	20,3 L
	MCHC	31,0 - 37,0	30,9 L
	RDW-CV	11,0 - 16,0	18,8 H
	Jumlah leukosit	4,0 - 10,0	15,39 H
	Hitung Jenis		
	Neutrofil	50 - 70	84,3 H
	Limfosit	20 - 40	7,9 L
	Jumlah Neutrofill	1,50 - 7,00	12,98 H
	Jumlah Monosit	0,00 - 0,70	0,97 H
	Kimia darah		
	Kreatinin Darah	0,6 – 11	1,20 H
	Elektrolit		
	Kalium darah	3,5 - 4,5	2,7 L
08 Juli 20129	Kolestrol Total	< 200	207 H
	HDL Kolestrol	< 115	129 H
08 juli 2019	EKG		Left Ventricular Hypertrophy + Abnormal segmen ST & T abnormal

Analisa Data

Problem	Etiology	Sign & Symptoms
<p>Penurunan cardiac output</p> <p>Domain 4 : Aktivitas / Istirahat</p> <p>Kelas 4 : Respons kardiovaskular/pulmonal</p> <p>Kode 00092</p>	<p>Peubahan irama jantung</p>	<p>Data Subyektif :</p> <p>Ny. S,Q mengatakan sesak napas, dan kelelahan</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>Ku Ny S. Q tampak lemah</p> <p>TD : 170/100 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah terlihat pucat - HB : 10,2 g/dl
<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Domain 4 : Aktivitas/Istirahat</p> <p>Kelas 4 : Respons Kardiovaskular/Pulmonal</p> <p>Kode 0009</p>	<p>Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>Data Subyektif :</p> <p>Ny. S Q mengatakan merasakan lelah dan capek</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>ADL(<i>activities of daily living</i>) dibantu oleh keluarga dan perawat seperti Toileting dan personal hygiene, TTV;TD.170/100 MmHg, Hasil EKG Left ventricular hypertropy, Hasil laboratorium HB 10.2g/dL</p>
<p>Nyeri akut</p> <p>Domain 12 : Kenyamanan</p> <p>Kelas 1 : Kenyamanan Fisik</p>	<p>Agen cedera biologis (Iritasi lambung)</p>	<p>Data Subyektif :</p> <p>Ny, S.Q mengatakan nyeri di ulu hati</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny S.Q KU tampak lemah - Skala nyeri 4

Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Penurunan cardiac output berhubungan dengan perubahan irama jantung	<p>NOC : keefektifan pompa jantung (0400)</p> <p>Tujuan : pasien akan menunjukkan keefektifan pompa jantung</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistol(040001) • Tingkat kelelahan berkurang(040017) • Pucat(040031) • Edema perifer(040013). 	<p>Intervensi : perawatan jantung (4040)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung • Monitor EKG, lakukan penilaian komperhensif pada sirkulasi perifer(misalnya cek nadi perifer, edema, warna dan suhu ekstermitas), • Monitor sesak nafas, kelelahan, takipneu dan ortopneu, • Lakukan terapi relaksasi sebagaimana semestinya. • Monitor keseimbangan cairan • Monitor status penapasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitor nilai Laboratorium yang tepat (nilai elektrolit) • Kolaborasi pemberian obat Antiaritmia
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Self care : ADLs di bantu • Toleransi aktivitas • Konservasi Energi <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bertoleransi teradap aktivitas dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dala aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari - hari secara mandiri 3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2) Pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan 3) Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, distritmia, dan sesak napas) 4) Monitor lokasi kecendrungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/ aktivitas 5) Kolaborasi pemberian obat untuk mengotrol darah tinggi.

<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Biologis (Iritasi Lambung)</p>	<p>NOC : Kontrol Nyeri</p> <p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan rasa nyaman dan bebas dari nyeri dengan</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui factor penyebab nyeri • Mengetahui permulaan terjadinya nyeri • Menggunakan tindakan pencegahan • Melaporkan gejala • Melaporkan kontrol nyeri 	<p>NIC : Manajemen nyeri (1400)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi P,Q,R,S,T 7. Observasi kenyamanan non verbal 8. Ajarkan untuk teknik non farmakologi misalnya : distraksi atau relaksasi 9. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan yang dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur 10. Kolaborasi pemberian analgetik
---	---	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : Senin, 08 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	08.30	- Memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung dengan cara menganjurkan pasien untuk tidak mencedakan saat BAB Hasil : Pasien paham dengan anjuran yang disampaikan	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <p>Ny. S.Q mengatakan sesak napas berkurang, kelelahan +</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital - Td. 170/100 mmHg. - Wajah terlihat pucat. - Hasil laboratorium Kalium darah 2,7 L <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi 1,2,3,5</p>	
	09.00	- Memonitor EKG (LVH/Left Ventricular Hypertrophy + abnormal segmen ST & T abnormal)		
	13.00	- Melakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer Hasil : Nadi : 80x/ menit /teratur / kuat, CRT : < 3 detik, warna kulit : pucat		
	13.20	- Memonitor nilai laboratorium yang tepat		

	14.00	<p>nilai elektolit : Kalium darah 2,7 L</p> <p>Melayani obat Digoksin 0,25 mg</p> <p>Hasil : pasien dapat minum obat dengan baik</p>		
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>10:00</p> <p>10.30</p> <p>10.45</p>	<p>- Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak</p> <p>Hasil : pasien mendengarkan dengan kooperatif</p> <p>- Memakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan, menganjurkan Pasien menggunakan baju yang longgar agar dapat lebih mudah menggerakkan badan.</p> <p>Hasil : pasien dapat mendengarkan dengan kooperatif</p> <p>- Mengaujrkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam</p>	<p>Jam : 14:20</p> <p>S : Ny.S.Q mengatakan masih merasa lelah</p> <p>O : - Ny. S.Q tampak beristirahat dengan posisi tidur terlentang - ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. 1 - 5</p>	

	13.00	<p>Hasil : pasien dapat tidur nyaman sesuai posisi yang diinginkan</p> <p>- Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas</p> <p>(takikardi, sesak napas, pucat)</p> <p>Pasien sesak napas berkurang dan pucat</p>		
	14.00	<p>Hasil : pasien dapat berespon dengan baik</p> <p>- Melayani pasien obat Spironolacton dan Lisinopril</p> <p>Hasil : pasien dapat minum obat dengan baik</p>		
Nyeri akut behubungan dengan agen cedera biologis (Iritasi lambung)	08.45	<p>- Mengkaji nyeri secara komperhensif</p> <p>Hasil : P : Asam lambung meningkat</p> <p>Q :nyeri hilang timbul</p> <p>R : pasien nyeri di ulu hati</p> <p>S : skala nyeri 4</p> <p>T : Pada saat siang hari</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S : Ny. S.Q mengatakan nyeri di ulu hati</p> <p>O : Ku lemah</p> <p>Skala nyeri 4</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1-3</p>	
	10.20			

	10.55	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobsevasi kenyamanan non verbal <p>Hasil : pasien merasa nyaman dengan aktivitas yang di lakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan informasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri yaitu hindari makanan yang pedas dan asam <p>Hasil : pasien mendengarkan dengan baik</p>		
--	-------	---	--	--

CatatanPerkembangan

Hari / Tanggal : 09 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, <p>Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mengedan saat BAB</p>	<p>S:</p> <p>Ny. S.Q mengatakan sesak napas berkurang,lelah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sangat lelah saat melakukan aktifitas - N : 102x/mnt, 	

	09.00	- Memoonitor EKG SV1 = 2,6mv RV6 =2,81mv R+5=5,07mv	CRT <3dtk, RR 28 x/mnt. - Wajah terlihat pucat. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1 - 4	
	13.00	- Melakukan penilaian secara komperhensif pada sirkulasi perifer Hasil : N 102 x/menit / Tidak teratur / kuat CRT: <3dtk, RR : 28x/mnt		
	14.00	- Melayani pasien obat Digoksin 0,25mg Hasil : Pasien dapat minum obat dengan baik		
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	09:45	- Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak bergerak Hasil : pasien mendengarkan dengan kooperatif	Jam : 14:05 S : Ny.S.Q mengatakan masih merasa lelah, O : -Ny. S.Q tampak beristirahat dengan posisi tidur semi fowler - ADL masih dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat A:	
	10.30	- Memakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan, menganjurkan Pasien menggunakan baju yang longgar agar dapat lebih		

		<p>mudah menggerakkan badan.</p> <p>Hasil : pasien dapat mendengarkan dengan kooperatif</p>	<p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi 1 - 5.</p>	
	11.00	<p>- Mengaujurkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam</p> <p>Hasil : pasien dapat tidur nyaman sesuai posisi yang diinginkan</p>		
	11.30	<p>- Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas</p> <p>(takikardi, sesak napas, pucat)</p> <p>Pasien sesak napas berkurang dan pucat</p> <p>Hasil : pasien dapat berespon dengan baik</p>		
	14.00	<p>- Memberikan pasien obat untuk mengontrol darah tinggi</p> <p>Spronolacton 25 mg, dan Lisinopril 5 mg</p>		
	08.45			

<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iritasi lambung)</p>	<p>10.20</p> <p>11.10</p>	<p>- Mengkaji nyeri secara komperhensif</p> <p>Hasil : P : Asam lambung meningkat</p> <p>Q : nyeri hilang timbul</p> <p>R : pasien nyeri di ulu hati</p> <p>S : skala nyeri 3</p> <p>T : Pada saat siang hari</p> <p>- Mengobsevasi kenyamanan non verbal</p> <p>Hasil : pasien merasa nyaman dengan aktivitas yang di lakukan</p> <p>- Memberikan informasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri yaitu hindari makanan yang mengandung pedas dan asam</p> <p>Hasil : pasien mendengarkan dengan baik</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S : Ny. S.Q mengatakan nyeri di ulu hati berkurang</p> <p>O : Ku lemah</p> <p>Skala nyeri 3</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1- 3</p>	
---	---------------------------	--	--	--

Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal : 10 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung	08.30	- Memastikan tingkat aktifitas pasien yang tidak membahayakan curah jantung atau memprovokasi serangan jantung, Hasil : menganjurkan pasien untuk tidak mengedan saat BAB	S: Ny. S.Q mengatakan sesak napas berkurang, O: - CRT <3 dtk - Wajah terlihat pucat.	
	13.00	- Melakukan penilaian secara komprehensif pada sirkulasi perifer Hasil : N 102 x/menit/ tidak teratur / kuat CRT: <3 dtk, RR : 28x/mnt	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1 - 3	
	14.00	- Melayani pasien obat Digoksin 0,25mg Hasil : Pasien dapat minum obat dengan baik		
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan	09:45	- Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, menganjurkan pasien	Jam : 14:05 S : Ny.S.Q mengatakan sudah agak enak	

antara suplai dan kebutuhan oksigen		<p>untuk tidak terlalu banyak bergerak</p> <p>Hasil : pasien mendengarkan dengan kooperatif</p>	O :	
	10.30	<p>- Memakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan</p> <p>Hasil : Pasien menggunakan baju yang longgar agar dapat lebih mudah menggerakan badan.</p>	<p>-Ny. S.Q tampak beristirahat dengan posisi tidur semi fowler</p> <p>- pasien dapat melakukan aktivitas sendii tanpa di bantu</p>	
	11.00	<p>- Menganjurkan pasien untuk mengubah posisi tiap dua jam</p> <p>Hasil : pasien dapat tidur nyaman sesuai posisi yang diinginkan</p>	A:	
	11.30	<p>- Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas</p> <p>(takikardi, sesak napas, pucat)</p> <p>Pasien sesak napas berkurang dan pucat</p> <p>Hasil : pasien dapat berespon dengan baik</p>	Masalah teratasi	
	14.00	<p>- Memberikan pasien obat untuk mengontrol darah tinggi</p>	P: Intervensi di hentikan.	

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (Iritasi Lambung)		Spronolacton 25 mg, dan Lisinopril 5 mg		
	09.30	- Mengkaji nyeri secara komperhensif Hasil : P : - Q : nyeri berkurang R : pasien nyeri di ulu hati S : skala nyeri 2 T : Pada saat siang hari	Jam 14.00 S : Ny. S.Q mengatakan nyeri di ulu hati berkurang O : Ku lemah Skala nyeri 2 A : Masalah teratasi seagian P : Lanjutkan intervensi 1- 2	
	10.45	- Mengobsevasi kenyamanan non verbal Hasil : pasien merasa nyaman dengan aktivitas yang di lakukan		
	11.10	- Memberikan informasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan penanganan nyeri yaitu hindari makanan yang mengandung pedas dan asam		

		Hasil : pasien mendengarkan dengan baik		
--	--	---	--	--



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : MeryMarginy
NIM : PO. 530320116363
NAMA PEMBIMBING : DomingosGonsalvesS.Kep,Ns,M.Sc

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	13 Juli 2019	1. Lengkapi pengantar 2. Perbaiki Latar Belakang 3. Perbaiki Tujuan	
2.	17 Juli 2019	1. Fokuskan tinjauan pustaka pada ALO atau edema paru 2. Perbaiki Huruf kapital dan kover 3. Perbaiki Penomoran dan statusi 4. Lengkapi konsep Askep pada pengantar	
3.	18 Juli 2019	1. Konsul segera BAB III 2. Bawah daftar/lembaran Konsul 3. Daftar Tabel 4. Pungkasan/Lampiran.	
4.	19 Juli 2019	1. perbaiki cover 2. perbaiki spasi dan kata pengantar 3. Di Acc untuk wisar sedang	

Lampiran

FORMAT PENGUKUHAN KEPERAWATAN CAWAT PANGLOSS
JURUSAN KEPERAWATAN POLI TESTS KEMENKES RI



Jenis Kelamin : Perempuan

Keluhan : Sesak nafas

Gejala dengan klien : Anak kencing

Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh sesak nafas dan jantung berdebar - debar

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan merasakan sesak nafas ± 1 jam di rumah sebelum masuk ke IGD RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kopeni, saat dia datang ke IGD pasien langsung diberi penanganan : Therapy oksigen nasal + igm, melakukan EKG, diberikan therapy IV D Nacl 0.9% 500cc + jns. Setelah itu pasien di rawat di ruang ICCU saat di rawat pasien mengatakan sesak nafas berkurang, nyeri perut kuanan kiri bawah, dengan skala nyeri 2/10 pasien juga mengatakan muntah-hus, pasien juga mengatakan telah dipapok, O2 sat 92% dengan oksigenasi 4L, posisi tidur pasien semi fowler dan pasien tampak lemah.